FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 — 2e Série — N° 92

CONTUSION DE LA VERGE

Suivie de Phlegmon

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 22 Juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

THOMAS (Théophile-Auguste)

Né le 7 décembre 1883, à Belfort (Territoire de Belfort)

Examinateurs de la Thèse : MM. Weiss, professeur, *président.* — Rohmer, professeur. — G. Gross, agrégé. — Binet, agrégé. — *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Saint-Nicolas

Imprimerie Fidrit, Rue Gambetta

—

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 — 2e Série — N° 92

CONTUSION DE LA VERGE

Suivie de Phlegmon

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 22 Juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

THOMAS (Théophile-Auguste)

Né le 7 décembre 1883, à Belfort (Territoire de Belfort)

Examinateurs de la Thèse : MM. Weiss, professeur, *président.* — Rohmer, professeur. — G. Gross, agrégé. — Binet, agrégé. — *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Saint-Nicolas

Imprimerie Fidrit, Rue Gambetta

1919

FACULTÉ DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪, NICOLAS, ✻, I ✪ PRENANT, ✻, I ✪, F. GROSS, O ✻, I, ✪, M. CHRETIEN, I ✪.

Professeurs :

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✻, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GRENIER, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchnts	M. A. HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✻, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, ✻, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✻, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✻, I. ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✻, I ✪.
Physique médicale	M. N...

Chargés de Cours complémentaires :

Clin. d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✻, I ✪, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémre (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PETIT, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✻, I. ✪, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. G. GROSS, ✻, I. ✪, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale	M. N....
Clinique médicale élémentaire (1).	M. N....
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ✪.
RICHON, ✻, I ✪.
G. GROSS, I. ✻, ✪.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪
COLLIN, A ✪.

MM. SENCERT, ✻ I ✪.
ROBERT, I ✪.
BUSQUET, A ✪.
LUCIEN, ✻, A ✪.
BINET, A ✪.

MM. PERRIN, A ✪.
THIRY, ✻, I ✪.
FAIRISE, A ✪.
J. PARISOT, ✻, I ✪

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, G ✪ ✻, I ✪, JACQUES, ✻, I ✪, ANDRÉ, ✻, I ✪, MICHEL, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, Ⓜ, I ✪, Secrétaire honoraire.
M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.

1 Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer mes études médicales, et arrivé au seuil de la pratique journalière de cet art si délicat du médecin, ce n'est pas sans émotion que je revis ces six mois passés à la Faculté de Nancy, si accueillante et si laborieuse.

Ce n'est pas non plus sans regret que je quitterai les services hospitaliers, où je reçus les si féconds enseignements cliniques de Maîtres aussi éminents que bienveillants.

J'adresse particulièrement l'expression de ma respectueuse reconnaissance à MM. les Professeurs Weiss, Vautrin, Simon et Haushalter, qui m'ont rendu si facile et si agréable l'aride étude de la clinique.

OBSERVATION I (*Personnelle*)

J. MARCEL, 23 ans 1/2, ajusteur.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels. N'a jamais eu la moindre maladie. interrogé spécialement sur ce point, affirme n'avoir jamais eu la moindre affection vénérienne, est marie depuis 3 ans et père d'un jeune enfant bien portant.

Le 26 mai, en descendant d'une machine qu'il venait de reparer, se trouvant avec un pied posé sur une barre de cette machine, et un pied sur le sol, par conséquent avec les jambes écartées, a été contusionné par une barre de fer assez lourde qui lui tomba entre les jambes à ce moment et qui le frappa sur la cuisse gauche et sur la verge.

Il éprouva à ce moment une assez vive douleur, mais surtout à la cuisse, et après l'accident il n'a jamais eu de douleur à la miction et n'a jamais uriné du sang.

Il n'a remarqué, le lendemain, qu'une ecchymose assez considérable de la cuisse gauche et de toute la verge.

Il s'est abstenu d'avoir des rapports avec sa femme dans les jours qui ont suivi l'accident.

Le 30 mai est apparu sur la verge un petit abcès qui a augmenté insensiblement et qui s'est ouvert spontanément le 3 juin.

En même temps qu'apparaissait l'abcès, la verge enflait d'une façon considérable, et des traînées de lymphangite prenaient petit à petit la place des régions contuses.

Voyant que son état ne s'améliorait pas malgré les pansements humides, le malade entre à l'Hôpital le 6 juin.

A ce moment, la lésion à tout à fait l'aspect d'un chancre, d'assez grandes dimensions, de la taille d'une pièce de un franc : c'est une ulcération à bords décollés, assez profonde, entourée d'une zone inflammatoire, et à fond sanieux secrétant une assez grande quantité de pus.

La verge est très augmentée de volume, rouge foncé, et sur sa face dorsale se remarquent deux gros cordons du volume d'une plume d'oie, durs au toucher, peu douloureux, qui partent de l'ulcération siègeant sur la face latérale gauche de l'organe et à son milieu, et qui disparaissent bientôt se confondant avec le fourreau rouge et tuméfié.

Au-dessus du pubis, une rougeur diffuse et une tuméfaction de forme allongée, de la grosseur d'une petite noix, siègeant à gauche, presque immédiatement au-dessus de la symphyse, nous font penser à un ganglion, ou à un relai lymphatique emflammé.

La place de cette tuméfaction est bien en dedans du groupe supéro-interne des ganglions de l'aine.

Le malade souffre peu, pas du tout en urinant.

Il est maintenu au lit, et on fait dès son entrée, le 6 juin, la

recherche du bacille de Ducret dans les sécrétions. Le résultat est négatif.

Le 8, nouvelle recherche du bacille de Ducret, accompagnée de la recherche du tréponème, toutes deux négatives.

On a soumis dès son entrée le malade aux pulvérisations répétées d'eau oxygénée (1 heure deux fois par jour), et dans l'intervalle, on lui fait des applications humides chaudes.

Le 10, la lymphangite a beaucoup diminué, la plaie est recouverte d'une croûte, et l'adénite sus-pubienne est en voie de résolution.

Le 14, l'état du malade est très satisfaisant, et le 18, il sort guéri de l'hôpital, tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION II (*Personnelle*)

J. K..., 62 ans, hospitalisé à l'Hospice Saint-Julien, nous est amené un dimanche matin, parce qu'il n'a pas uriné depuis la veille, et se plaint de vives douleurs dans le bas ventre.

Nous nous préparons à nettoyer le malade avant de passer une sonde, mais nous constatons l'existence d'un œdème très marqué de la partie antérieure de la verge qui est tuméfiée, rouge, distendue ; deux gros bourrelets se dessinent un peu en arrière du sillon balano-préputial, délimitant entre eux un sillon assez profond.

Interrogé à ce sujet, le malade nous raconte l'histoire suivante : ayant beaucoup de temps libre, il s'est fabriqué un petit anneau en zinc et il s'amuse (!) à faire coulisser sa verge à son intérieur.

La veille au soir, il a oublié de retirer l'anneau, s'est endormi et dans la nuit a ressenti quelques douleurs, peut-être au moment d'une érection.

Plus tard, ces douleurs ont notablement augmenté, car habituellement, il urine 3 à 4 fois par nuit et il se plaint pour le moment d'une sensation de tention dans le bas ventre et d'un impérieux besoin d'uriner.

Avec beaucoup de peine, en écartant les deux bourrelets tuméfiés, nous arrivons à voir le corps étranger, et à le sectionner sans trop de difficulté, car il est assez mince.

C'est un anneau fait d'une rondelle de zinc soudée et dont les bords ont été relevés en haut.

L'obstacle étant levé, le malade peut uriner seul après quelques instants d'effort.

La douleur disparaît assez vite ainsi que l'œdème et l'inflammation, après deux jours de repos au lit et d'applications humides chaudes ; et 8 jours après, tout est rentré dans l'ordre.

CHAPITRE PREMIER

Les contusions du pénis sont assez rares, en raison de la situation de cet organe et de sa mobilité.

Il est protégé naturellement, dans la position debout, par la saillie des cuisses en avant. Il occupe ainsi une sorte de niche qui le met, ainsi que les testicules, relativement à l'abri des traumatismes venant par devant ou par le haut.

Par le bas, il est plus vulnérable, surtout dans sa portion périnéale, dans la position jambes écartées ou accroupie.

Les traumatismes du pénis se produisent surtout quand il est en état d'érection. Un coup direct peut alors déterminer une contusion plus ou moins intense.

Cette contusion peut également se produire à l'état de flaccidité, par exemple par le mécanisme du pincement.

Les plaies de la verge par instruments piquants, tranchants, par morsure ou par arrachement sont relativement moins rares que les contusions dont nous nous occupons ici, et sortent de l'objet de notre étude.

Les contusions de la verge sont produites le plus souvent par des causes banales : coup de bâton, coup de pied, ruade de cheval, chute d'un instrument sur la

verge pendant le travail chez un ouvrier, passage d'une roue de voiture, etc.

Il est d'autres cas où les circonstances sont plus bizarres et plus difficiles à réaliser.

La littérature chirurgicale en possède de fort curieux, mais leur citation sortirait du cadre modeste de ce travail.

On peut aussi assimiler à un traumatisme de la verge, l'étranglement de cet organe à la suite de son intromission dans un anneau ou un orifice quelconque.

« Il n'est ni folie ni rêverie que ne produisent les « esprits mal embesognés dans le vaste champ des « imaginations », disait Montaigne.

Bien que le fait doive surprendre, c'est en assez grand nombre que l'on rencontre des observations ayant trait à des accidents de ce genre, dans les différents auteurs anciens et modernes.

Sans parler de la fréquence relative du fait chez les aliénés, chez les vieux des asiles, il s'agit, dans la très grande majorité des cas, d'adolescents ou d'adultes qui, par libertinage ou poussés par une curiosité maladive, introduisent leur verge dans des anneaux plus ou moins résistants.

D'autres fois, ce sont des enfants qui, par crainte de pisser au lit pendant leur sommeil, se ligaturent la verge avec une ficelle ou un ruban.

CHAPITRE II

Anatomie de la verge et de ses enveloppes

La contusion du pénis peut, suivant son intensité, intéresser la peau, le tissu cellulaire, le tissu spongieux ou caverneux, les vaisseaux et les nerfs, l'urèthre enfin.

Les **enveloppes de la verge** comprennent quatre couches d'éléments anatomiques différents :

1° L'*enveloppe cutanée* vu du pubis à la base du gland. Sa longueur est, en réalité, plus considérable, car, chez la plupart des sujets, elle se réfléchit pour recouvrir le gland en tout ou en partie.

Cette peau est assez mince, pigmentée, plus ou moins velue, assez riche en tissu graisseux dans sa portion pubienne.

Elle devient très mince, glabre, dépourvue de tissu graisseux quand elle atteint le gland.

Sa mobilité, remarquable sur toute sa surface, est un peu diminuée à la partie inférieure du pénis, au niveau du raphé-médian qui continue celui des bourses. Le derme de cette enveloppe cutanée est très riche en fibres élastiques.

2° Sous cette enveloppe, on trouve une *couche musculaire,* constituée par une multitude de fibres lisses, à direction circulaire.

3° Plus profondément, on arrive sur l'*enveloppe celluleuse,* formée par du tissu cellulaire sous-cutané dépourvu de graisse, très lâche, très extensible, permettant au fourreau des mouvements de grande amplitude.

C'est dans cette enveloppe que se trouvent les vaisseaux de la peau de la verge.

La grande laxité de ce tissu rend compte de la facilité et de l'abondance avec lesquelles se constituent l'œdème ou les épanchements sanguins dans les différentes affections de la verge.

4° Enfin, la verge est entourée en arrière par des *bandelettes fibreuses* qui, parties de la symphyse et des branches du pubis, forment, en se réunissant au-dessus du pénis, une sorte de collier qui a pour effet de donner une certaine fixité à cet organe pendant l'érection.

Les fibres du ligament suspenseur viennent se confondre avec celles de l'enveloppe élastique. Celle-ci forme autour des corps caverneux et de l'urèthre une gaîne assez résistante quoique très flexible qui maintient ces organes solidement unis en même temps qu'elle se prête aisément à la dilatation considérable du pénis pendant l'érection.

VAISSEAUX. — Le pénis est irrigué par les branches de la honteuse interne, branche terminale de l'hypogastrique, sauf quelques branches peu importantes qui se distribuent aux enveloppes de la verge et qui viennent de la honteuse externe, branche de la fémorale.

L'artère honteuse interne longe la branche ischio-pubienne, fournit l'artère bulbeuse et se termine au niveau de l'angle de réunion des deux corps caverneux en donnant l'artère caverneuse et la dorsale de la verge.

L'artère bulbeuse se distribue principalement à la base et aux parties latérales et inférieures des corps spongieux, ses ramifications se terminent en bouquets qui aboutissent dans les aréoles.

L'artère dorsale chemine le long du dos de la verge, après avoir été en rapport avec la racine des corps caverneux et le ligament suspenseur. Elle fournit un certain nombre de branches semi-circulaires qui s'anastomosent avec celles du côté opposé, alimentant en partie les corps caverneux, et se divisant en rameaux très fins destinés aux corps spongieux. Quelques-uns de ces rameaux se rendent également aux enveloppes de la verge. L'artère dorsale se termine dans le gland.

L'artère caverneuse pénètre dans chaque corps caverneux par sa racine, donne des branches qui se contournent en spirales, d'où leur nom d'artères hélicines, et qui se terminent dans les aréoles du tissu caverneux. Ces divisions artérielles sont très riches en fibres musculaires qui jouent un grand rôle dans le mécanisme de l'érection.

Ainsi donc, les enveloppes de la verge sont irriguées par des rameaux qui proviennent de la honteuse externe, branche de la fémorale, de la périnéale superficielle, branche collatérale de la honteuse interne, enfin et surtout de la dorsale de la verge, branche terminale de la honteuse interne.

Le **système veineux** du pénis offre, comme aux membres, deux plans distincts : l'un superficiel, l'autre profond.

Les *veines dorsales superficielles* tirent leur origine de la peau et des couches sous-cutanées.

Au niveau du prépuce, leurs premières radicules donnent naissance ordinairement à deux troncs principaux qui descendent vers l'extrémité libre de cette enveloppe ; au niveau de son orifice ils se réfléchissent, puis remontent vers la base du gland, où on les voit tantôt se réunir pour former la veine dorsale superficielle, tantôt communiquer par une anastomose transversale et poursuivre leur trajet en restant indépendants.

Chemin faisant, ils reçoivent toutes les veines qui naissent des parties supérieures et latérales des enveloppes de la verge.

Indépendamment de ces dernières, il en est d'autres qui correspondent à la face inférieure de l'organe et qui vont se réunir aux veines des enveloppes du testicule dont elles partagent ensuite le mode de terminaison.

Toutes ces veinules se réunissent pour former la ou les deux veines dorsales superficielles qui cheminent sur le dos de la verge dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Parvenus à la racine de la verge, les troncs dorsaux décrivent une courbe à concavité inférieure et viennent s'ouvrir dans la partie terminale de la veine saphène interne.

Si le tronc est unique, il se rend à l'un ou l'autre côté.

Le *plan veineux profond* provient de la trame érectile

de l'organe. On peut le diviser en veines coronaires ou circonflexes, veines émissaires et veines caverneuses.

Toutes ces veines profondes aboutissent toujours à un tronc collecteur unique, la veine dorsale profonde qui est toujours accompagnée de deux artères. Elle occupe le sillon médian supérieur des corps caverneux. Elle est séparée de la veine dorsale superficielle par la tunique fibreuse ou élastique du pénis.

Parvenue au niveau du ligament suspenseur, elle le traverse et se termine dans le plexus de Santorini, d'où partent les veines honteuses internes.

Les deux systèmes veineux du pénis sont donc distincts, par leur origine, par leur trajet, et enfin par leur terminaison ; leur indépendance parait complète.

Cependant, d'après Sappey, ils communiqueraient l'un avec l'autre, dans un point situé immédiatement en arrière de la couronne du gland.

On trouve là en effet quelques rameaux qui vont de la veine dorsale profonde aux veines préputiales. Ces anastomoses seraient constantes d'après le même auteur.

Elles auraient pour avantage de permettre aux deux systèmes veineux de la verge, le superficiel et le profond, de se suppléer réciproquement.

Le **système lymphatique** de la verge est très riche et très développé, surtout au niveau du gland et l'étude du réseau lymphatique des enveloppes ne peut être séparé de celui du gland.

Les *vaisseaux lymphatiques du gland* sont disposés sous forme de réseaux ; ces réseaux sont au nombre de

deux, exactement superposés : le réseau superficiel et le réseau profond.

Le réseau superficiel est extrêmement remarquable. Les vaisseaux qui le forment sont d'une finesse extrême et les mailles qu'ils constituent sont tellement serrées que la presque totalité de l'organe disparaît, quand on l'injecte, sous une couche argentée, le réseau présente encore ceci de particulier, qu'il s'injecte avec la plus grande facilité.

Au-dessous de ce réseau superficiel, et souvent masqué par lui, existe un second réseau qui se présente avec des caractères tout à fait différents. Le réseau profond est formé de véritables troncules remarquables par leur flexuosité.

Ce réseau profond paraît présenter une grande richesse au niveau du méat ; c'est probablement par lui surtout que les lymphatiques du gland communiquent avec ceux de la partie antérieure de l'urèthre.

De ce même point du réseau profond partent de chaque côté un certain nombre de rameaux qui s'anastomosent entre eux et forment le plexus latéral du frein décrit par Panizza. Le plexus latéral du côté droit communique largement avec celui du côté gauche par un tronc volumineux, remarquable par ses bosselures, disposé en forme de sinus autour de la base du gland qu'il enserre comme un anneau.

Ceci est la disposition la plus généralement décrite ; mais il est quelques types d'irrigation lymphatique du gland et des enveloppes de la verge qui se rencontrent encore assez fréquemment, expliquant la variété de

forme de la lymphangite de cet organe et les variations de situation de l'adénite concommittante.

Quelquefois, au lieu de rencontrer un anneau lymphatique collecteur autour de la base du gland, on trouve deux troncules collecteurs qui se dirigent obliquement en arrière, en croisant le corps caverneux dans sa partie antérieure.

Après un trajet parfois assez long, les deux troncules lymphatiques, le droit et le gauche, se réunissent et se jettent dans un tronc dorsal unique.

D'autres fois, du collecteur circulaire, partent deux troncs qui deviennent dorsaux après avoir contourné le corps caverneux et restent parallèles jusqu'à leur terminaison.

Tout en naissant du tronc collecteur circulaire, après être restés quelque temps séparés, ces deux troncs dorsaux peuvent aussi se réunir en un tronc dorsal unique.

Enfin, une disposition plus rare est réalisée par la naissance, au niveau du collecteur circulaire du gland, de plusieurs troncs qui cheminent d'abord séparément, et ne s'anastomosent qu'assez loin sur la verge. Avant de s'anastomoser, ils s'enroulent parfois sur eux-mêmes, formant ainsi de petits pelotons, qui peuvent jouer le rôle de relais lymphatiques dans les inflammations du gland.

La richesse des anastomoses du réseau lymphatique du gland avec le réseau de la région du méat urinaire nous explique la fréquence au cours des inflammations de l'urèthre, des lymphangites de la verge, des abcès angiolencitiques et des adénites inguinales.

L'extrême développement du réseau lymphatique du gland nous fait concevoir aussi la facilité avec laquelle la moindre érosion de la muqueuse se complique si souvent d'adénite, et le croisement fréquent des lymphatiques dorsaux nous éclaire sur la fréquence de l'adénite croisée de l'aine dans ces affections.

Le *réseau lymphatique des téguments* de la verge diffère suivant qu'il s'agit du prépuce ou du reste du fourreau.

Il diffère aussi suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte.

En effet, chez l'adulte et chez l'enfant, le réseau du prépuce est extrêmement abondant, aussi serré que celui du gland. Il s'injecte facilement et montre autour du prépuce un réseau de canalicules extrêmement fins, réseau très serré et très ténu, dont les troncs collecteurs vont se jeter dans le ou les troncs efférents du gland.

Chez l'enfant, le réseau du reste du fourreau est encore assez abondant et s'injecte assez facilement; cependant sa richesse va en s'amoindrissant quand on s'éloigne du prépuce pour aller vers le pubis.

Sa richesse est surtout très marquée à la partie inférieure de la verge, au niveau du raphé-médian.

Les lymphatiques qui le forment se jettent, comme ceux du prépuce, dans le ou les troncs dorsaux.

Chez l'adulte au contraire, le réseau lymphatique du fourreau, entre le prépuce et le pubis, est fort peu développé.

Les canaux lymphatiques dorsaux collecteurs se ren-

dent aux ganglions situés à la partie tout à fait supérieure et interne de la région inguinale.

D'après Cunéo et Marcile, quelques lymphatiques profonds se rendraient aux glanglions iliaques externes, chaîne interne, situés le long des vaisseaux iliaques.

Ces mêmes auteurs décrivent également, au niveau du pubis, des lacis lymphatiques formés par les collecteurs dorsaux avant de se jeter dans les ganglions inguinaux.

Il y aurait là de véritables relais, des carrefours susceptibles de s'enflammer, comme dans le cas de l'Observation I.

INNERVATION. — La verge est innervée par le nerf honteux interne qui fournit deux branches : une supérieure qui suit la direction de l'artère dorsale et donne de nombreux rameaux, chemin faisant, aux parties latérales, aux corps caverneux, aux corps spongieux, à la muqueuse de l'urèthre et se termine dans le gland et le prépuce — et une inférieure ou périnéale, qui innerve la face inférieure, les muscles de l'urèthre, le bulbe et la muqueuse.

Les enveloppes de la verge sont innervées par la branche génito-crurale du plexus lombaire et par les branches dorsale et périnéale superficielles du nerf honteux interne.

CHAPITRE III

Caractères anatomiques et cliniques

Dans les contusions sans lésions des téguments, les parties superficielles sont souvent les seules intéressées.

Si le traumatisme a été assez violent, il peut y avoir déchirure de l'enveloppe fibreuse de la verge, ou bien attrition partielle d'un ou des deux corps caverneux, ou bien alors, lésion profonde de l'urèthre avec parfois sa rupture.

Dans tous les cas, dans le foyer traumatique, il existe un épanchement sanguin qui, le plus souvent, est assez modéré, mais qui, parfois, peut produire un véritable hématome de la verge, donnant à cet organe un volume considérable ; cela arrive surtout s'il y a déchirure d'une veine sous-cutanée de quelque importance.

Chez notre malade, il n'y eut pas de gros épanchement sanguin et tout se borne à une simple ecchymose, assez étendue, mais n'offrant rien de bien particulier.

En dehors de la douleur, dont l'intensité peut être variable, mais qui est constante, l'apparition très rapide de cette ecchymose vite accentuée, grâce à la minceur

et à la mobilité des téguments, est un symptôme qui ne fait jamais défaut.

L'étendue et l'intensité de cette ecchymose sont en rapport avec l'abondance de l'épanchement sanguin qui la détermine.

Dans quelques cas, où la veine dorsale avait été déchirée, le volume et la coloration noirâtre de la verge étaient telles qu'on pensa à un sphacèle de l'organe.

Quand le traumatisme a été localisé, il se forme une sorte de bosse sanguine, qui est susceptible de diminuer et de disparaître rapidement, mais qui parfois persiste.

La marche et la terminaison des plaies contuses du pénis sont variables suivant les cas.

Si la contusion a été légère et ne s'est manifestée que par une infiltration sanguine diffuse de peu d'importance, l'ecchymose tend d'elle-même à disparaître au bout de quelques jours en prenant progressivement une teinte de moins en moins foncée. C'est d'ailleurs de la même façon qu'évolue la chose quand l'hématome a été tel qu'on a cru à une gangrène de la verge. Tout rentre bien vite dans l'ordre.

Quant aux bosses sanguines dont nous parlions plus haut, elles évoluent comme les bosses sanguines en général. Elles grossissent d'abord un peu dans les premiers jours, puis régressent et leur consistance change.

De molles et fluctuantes au début, elles deviennent pâteuses, et donnent bientôt une sensation de crépitation, signe de la coagulation du sang à leur intérieur.

Le plus souvent il ne reste après elles qu'un petit

noyau induré, qui peut disparaître, mais qui, parfois aussi, persiste longtemps.

Enfin, dans des cas exceptionnels, ces collections hématiques peuvent se mettre à suppurer, ce qui fut probablement le cas du malade dont nous nous sommes occupé.

Les lésions produites par des corps étrangers encerclant et étranglant la verge sont à peu près analogues, au point de vue anatomo-pathologique, à celles des traumatismes ordinaires de cet organe, à cette différence près que, le traumatisme étant plus localisé et son action persistant plus longtemps, les désordres apparaissent plus vite et sont également d'une gravité plus rapidement croissante.

Les accidents qui résultent de ces étranglements circulaires de la verge sont à peu près identiques, quelle que soit la nature de l'agent constricteur.

Leur évolution est cependant influencée par la force ou le plus ou moins de largeur que celui-ci présente.

L'introduction de la verge dans l'agent constricteur se fait le plus souvent à frottement doux. Après l'érection déterminée par les manœuvres et la constriction de l'anneau, le pénis se tuméfie très rapidement, d'abord au-dessus, puis au-dessous de l'obstacle.

Au niveau de l'anneau, il se forme un sillon de plus en plus profond qui loge le corps étranger, si bien que celui-ci finit par disparaître sous les bourrelets tuméfiés.

Ces bourrelets sont formés des parties molles tuméfiées et gorgées de liquide, et sont d'autant plus difficiles à écarter que le début des accidents remonte plus loin.

La portion de la verge située en avant de l'étranglement devient, au bout de quelques heures, d'une teinte violacée très intense, et se refroidit.

La rétention d'urine cause au malade des douleurs intolérables.

Au niveau du point occupé par le corps étranger, il se forme bientôt une ulcération d'abord légère. La peau est, au début, seule intéressée ; mais au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, l'urèthre peut être atteint, en raison de sa superficialité à la partie supérieure de la verge, et il s'ensuit une fistule uréthrale qui soulage le malade, par le fait qu'elle laisse s'échapper l'urine.

D'après la rapidité de ces accidents qui peuvent atteindre en deux ou trois jours tous les tissus de la verge : peau, enveloppe fibreuse, urèthre, corps caverneux, on pourrait croire que toute la partie de l'organe située en avant de l'étranglement est vouée fatalement à la gangrène, si l'intervention n'est pas immédiate.

Généralement, cependant, il n'en est rien, et tout rentre dans l'ordre.

Même dans certains cas où la délivrance avait été tardive, et où il y avait eu des menaces sérieuses de gangrène, les choses se sont parfaitement arrangées, ne laissant que quelques petites plaques de sphacèle qui se sont éliminées et ont guéri parfaitement.

Il est de ces cas heureux, comme celui de l'Observation II, où l'ablation de l'agent constricteur est immédiatement suivie de la guérison totale.

On voit que le pronostic de cette lésion traumatique singulière est intimement lié à la durée plus ou moins

longue des accidents avant l'intervention, et au degré de violence du traumatisme.

Il est à remarquer cependant, qu'assez souvent l'ulcération des téguments de la verge par l'agent constricteur, dans des conditions de propreté très souvent défectueuses, peut provoquer une lymphangite de la verge et complique ainsi singulièrement la situation en exposant le malade à tous les dangers du phlegmon.

Cela nous amène à étudier *la lymphangite de la verge,* qui peut survenir dans des circonstances très diverses, mais qui, à la suite de lésions traumatiques simples, comme dans le cas du malade faisant l'objet de l'Observation I, est une rareté.

Les caractères de cette lymphangite varient sensiblement suivant les causes qui lui ont donné naissance.

Les auteurs qui ont étudié la question s'accordent à décrire les variétes suivantes :

La lymphangite inflammatoire simple ;

La lymphangite blennorragique ;

La lymphangite symptomatique du chancre mou ;

La lymphangite syphilitique.

En réalité, on pourrait encore y joindre d'autres modalités de lymphangite : celle du furoncle, celle de l'herpès, celle de la sporotrichose et des trichophyties de la verge, celle de l'érysipèle et enfin la forme appelée lymphangite gangréneuse.

Mais toutes ces formes seront passées en revue au chapitre diagnostic et nous nous occuperons plus partilièrement maintenant de la lymphangite simple, consécutive à une plaie ou à une contusion de la verge.

Les causes de l'inflammation des lymphatiques péniens sont en général assez banales.

Comme partout ailleurs, elle peut être la suite d'une écorchure, d'une petite fissure insignifiante de la peau.

Souvent, on ne retrouve aucune raison anatomique, aucune lésion expliquant la pénétration d'un germe pathogène.

Rollet et Billet admettent alors, comme cause de la lymphangite, de l'irritation du réseau lymphatique, un excès de coït, agissant par action mécanique.

Cette explication nous paraît un peu paradoxale, et l'action mécanique d'un coït trop prolongé ou trop brutal doit probablement favoriser la pénétration, à travers la muqueuse du gland ou du méat, d'un agent pathogène qui a vite fait d'atteindre le réseau lymphatique, si riche et si superficiel à ce niveau.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la verge présente tous les symptômes habituels de la lymphangite en général, avec, cependant, quelques caractères liés à la forme et à la constitution anatomique de la région.

Demarquay (*) admet qu'elle peut se présenter sous deux formes : l'inflammation des réseaux ou angiolencite réticulaire, et l'inflammation des troncs ou angiolencite tronculaire.

Cette dernière forme se rencontre en effet quelquefois

(*) Demarquay (*Maladies chirurgicales du pénis*). — Librairie Adrien Delahaye et Cie, 1877.

à l'état isolé, mais il est rare qu'il en soit ainsi de la première.

L'angiolencite réticulaire n'est le plus souvent que le premier degré d'une lésion plus complexe résultant de l'inflammation simultanée des réseaux et des troncs.

L'apparition de la lymphangite pénienne est marquée généralement par une sensation de pesanteur que le malade éprouve à la partie supérieure de la racine du pénis et le long des corps caverneux.

Cette gêne s'exagère pendant l'érection ou pendant la pression des doigts et elle ne tarde pas à se transformer en une douleur continue qui irradie du côté des cuisses, et dont l'intensité va croissant.

En même temps, l'organe se modifie dans sa forme et dans son volume.

La tuméfaction qui envahit la verge tout entière se montre d'abord au niveau du prépuce ; celui-ci, lorsqu'il dépasse le gland dans une notable étendue, se déforme, se tord en vrille, revêt un aspect tout à fait spécial.

Par suite de l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire, l'épaisseur des téguments et leur consistance se modifient rapidement.

« La lymphangite diffuse du fourreau seul, dit Demar-
« quay, donne lieu à un engorgement spécial, une sorte
« d'empâtement mollasse, caractéristique, qui fait que
« la verge tremblotte sous le choc des doigts. Cet engor-
« gement donne l'idée d'une infiltration gélatiniforme.
« La peau est d'un rose assez intense, et le tissu cellu-
« laire ne se laisse pas déprimer par le doigt. Cette
« infiltration gélatiniforme, très différente de l'œdème,

« mérite au plus haut degré de fixer l'attention, attendu « qu'elle peut faire comprendre le mécanisme de l'élé- « phantiasis. »

On peut observer en même temps une rougeur diffuse de la peau, et une élévation assez marquée de la température locale.

Rarement la température générale s'élève.

La rougeur occupe principalement le prépuce, et gagne tout son pourtour, empiétant plus ou moins sur le fourreau.

De ce point, partent une ou plusieurs traînées rosées qui, situées sur les parties latérales de la verge, s'étendent rapidement sur la face dorsale et se dirigent du côté de sa racine, sinon en droite ligne, du moins en décrivant quelques flexuosités, car nous savons que les lymphatiques, les veines et les artères de la verge décrivent, à l'état de flaccidité de l'organe, de nombreuses flexuosités, leur permettant de suivre des changements de volume de l'organe, quand il entre en érection.

Le doigt, promené au niveau de ces traînées, perçoit nettement des cordons durs, arrondis, flexueux, ne cédant pas à la pression.

Il est possible de les suivre jusque dans une des régions inguinales, où ils aboutissent à un ganglion tuméfié et douloureux, faisant partie du groupe supéro-interne des ganglions inguinaux.

Quelquefois ils aboutissent à un ganglion aberrant situé un peu plus haut, un peu plus bas ou un peu plus en dedans que normalement, ou bien, ils se terminent

dans un relai lymphatique sus-pubien enflammé, comme chez le malade de l'Observation I.

Tel est le tableau habituel de la lymphangite pénienne, qui ne diffère en rien, à part ses quelques particularités anatomiques, des lymphangites ordinaires.

La durée habituelle de cette affection, dans les lymphangites simples, c'est-à-dire d'origine traumatique, ne dépasse que rarement une huitaine de jours.

Après quelques jours très pénibles, où la verge a augmenté considérablement de volume, où les cordons de lymphangite se sont constitués, et où les douleurs ont été parfois assez vives pour troubler le repos du malade, on voit petit à petit tout rentrer dans l'ordre.

La tension de l'organe diminue, ainsi que l'œdème et la rougeur, les cordons indurés s'assouplissent petit à petit, et le ou les ganglions inguinaux diminuent de volume.

Ce sont cependant eux qui persistent le plus longtemps et on peut les trouver encore perceptibles et indurés jusqu'à 1 ou 2 mois après la guérison.

Il est certains cas rares, qui font exception à la règle commune, et où l'inflammation, loin de se résoudre complètement aboutit à la formation d'un ou plusieurs abcès.

Bertherand (*), Cullerier, Billet, Simonnet et Labbé en citent quelques cas.

L'abcès ainsi formé peut même, exceptionnellement,

(*) Bertherand (*Précis des maladies vénériennes*). — Strasbourg, 1852.

être l'origine d'une complication difficile à guérir . l'établissement d'une fistule lymphatique.

Il est également à remarquer que l'adénite inguinale consécutive, même dans les cas où l'inflammation de la verge prend des allures de phlegmon, comme dans le cas du malade de l'Observation I, n'a presque jamais de tendance à suppurer.

Le ganglion peut devenir très gros, très rouge, très douloureux : on n'y rencontre presque jamais de fluctuation, à l'encontre du bubon du chancre mou, dont la suppuration est presque la règle.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Il est évident que lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui, comme celui qui fait l'objet de cette étude, présente une plaie ulcéreuse du fourreau de la verge, des gros cordons de lymphangite, une rougeur et une tuméfaction considérable de l'organe, et un ganglion inguinal rouge et tuméfié, malgré l'histoire racontée par le patient qui dit avoir reçu un coup violent une huitaine de jours auparavant, le médecin est en droit d'hésiter dans son diagnostic, et de songer à une affection d'origine vénérienne.

Il est évident qu'en cas d'hésitation, dans un service hospitalier par exemple, il est facile d'examiner les sécrétions de la plaie en quetion, d'y rechercher le bacille de Ducret par la coloration à la thionine phéniquée, ou, après grattage, de rechercher dans la sérosité la présence du tréponème par les procédés de coloration à l'encre de Chine ou à l'argent.

Mais tout médecin ne possède pas les moyens de procéder à ces investigations si précieuses, et il faut qu'il s'en remette souvent à ce que peut lui donner comme renseignements sa sagacité clinique.

Chancre mou

La lymphangite aiguë qui se développe sous l'influence du *chancre mou* présente deux variétés : elle peut être sans spécificité ; ses symptômes et sa marche sont alors en tous points semblables à ceux de la lymphangite aiguë simple que nous venons de décrire.

Hâtons-nous de dire que c'est l'exception, et que l'adénite chancrelleuse est spécifique dans 95 °/₀ des cas. Alors, son évolution et sa terminaison mettent nettement en évidence son caractère de spécificité.

C'est en général du 15e au 20e jour après le début du chancre mou qu'apparaît la lymphangite symptomatique : en même temps qu'elle, se développe l'adénite inguinale qui souvent existe seule.

Son début est marqué par l'apparition sur les côtés ou sur le dos de la verge d'une traînée rouge partant du chancre pour se diriger sans grands détours vers l'une ou l'autre des deux aines, quelquefois vers les deux.

L'exploration de la traînée y révèle l'existence, sur le cordon induré, de renflements échelonnés du chancre à la racine de la verge.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'aspect spécial du chancre mou, de ses bords décollés, livides, de sa forme d'ulcération profonde, en clapier, avec un fond bourgeonnant et sanieux, entouré d'une bordure enflammée et rouge.

Nous n'insistons pas non plus sur la fréquence de la multiplicité des chancres, et de leur inoculation par voisinage.

Si la lymphangite chancrelleuse doit se terminer par la guérison, les phénomènes locaux qui la caractérisent dimi-

nuent graduellement d'intensité et tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

Mais, dans plus de la moitié des cas, la lymphangite s'aggrave et tend vers la suppuration.

Celle-ci s'annonce par une augmentation de la douleur locale, et un accroissement marqué de la tuméfaction.

Les nodosités, dont nous avons parlé plus haut, prennent de grandes proportions, et à leur niveau, se forment de petits abcès, vite fluctuants.

Ces abcès ne prennent pas la forme acuminée des abcès ordinaires, mais ils ressemblent à de petites ampoules affaissées, pleines de pus.

Si l'on n'intervient pas, ils ne tardent pas à s'ouvrir spontanément, et laissent alors s'écouler une grande quantité de pus sanieux, grisâtre, mêlé de sang.

Cet abcès n'offre aucune tendance à la cicatrisation. L'ouverture s'élargit, s'ulcère, se creuse, les bords se décollent ; en un mot, la lésion prend tous les caractères du chancre initial.

Dès ce moment, son évolution ne diffère en rien de celle du chancre primitif. Il perd au bout de quelques semaines son caractère contagieux, et guérit assez lentement en laissant une cicatrice.

Quelquefois, il dégénère en chancre phagédénique, qui peut provoquer des désordres considérables.

Les choses sont identiques si c'est le ganglion inguinal qui suppure. On a alors le bubon.

Lymphangite syphilitique

Un malade porteur d'*un chancre syphilitique* peut présenter, rarement d'ailleurs, une lymphangite de la verge.

Le degré de fréquence de cette complication du chancre syphilitique est difficile à établir, à cause de son indolence spéciale qui lui permet très souvent de passer inaperçue.

C'est généralement vers le 15e ou 20e jour après l'apparition du chancre que cette complication survient. La douleur peut être assez peu accentuée pour passer longtemps inaperçue.

Ce n'est souvent qu'après un examen attentif que le médecin est amené à constater la présence de la lymphangite syphilitique.

Sur le trajet des lymphatiques du pénis, on sent un cordon dur, arrondi, assez volumineux pour être reconnu à la vue.

Il part du chancre et s'étend à 7 ou 8cm de celui-ci.

Saisi entre les doigts, il donne une sensation de dureté caractéristique.

Il présente sur son trajet une série de renflements de forme ovalaire, séparés comme les grains d'un chapelet.

Il se termine par une extrémité effilée et se rend à l'un des ganglions du groupe supéro-interne de l'aine.

Ce ganglion est assez volumineux, quelquefois unique, parfois entouré de quelques petits satellites, et toujours indolore et ne tendant jamais à la suppuration.

Quant au chancre lui-même, ses caractères spéciaux le feront reconnaître dans la mesure du possible : le plus souvent unique, c'est une lésion plane, un peu surélevée sur une base le plus souvent indurée, à bords nets et non décollés et suintants comme le chancre mou.

Le caractère propre de la lymphangite syphilitique, celui qui la sépare nettement des autres formes, est donc son évolution torpide et indolore.

La peau a peu de tendance à rougir : mais parfois, autour des cordons, elle a tendance à s'infiltrer et à former un œdème dur.

C'est une inflammation dont la marche est presque toujours chronique. Sa durée n'est pas fixe, car, si dans certains cas elle guérit dans trois ou quatre semaines, elle peut persister pendant plusieurs mois.

Elle se termine le plus souvent par la résolution et rarement par la suppuration.

Quand elle suppure, l'abcès peut parfois revêtir l'aspect d'un chancre du fourreau, mais d'un chancre à physionomie un peu spéciale.

Il présente alors une surface légèrement bombée, arrondie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, d'une teinte rouge vineux, entourée d'une aréole violacée et reposant sur une surface indurée.

La syphilis peut encore atteindre le pénis dans des manifestations secondaires et tertiaires.

Syphilides ulcéreuses

On rencontre souvent des syphilides ulcéreuses du fourreau avec leur aspect spécial, leur base indurée, leur teinte jambonnée qui, par infection secondaire surajoutée, peuvent amener une lymphangite du fourreau, avec retentissement ganglionnaire, et même processus phlegmoneux.

Gommes

Enfin, pour être moins communes que les précédentes, les *syphilides gommeuses* de la verge ne sont pas cependant absolument rares, et Fournier a pu baser la description qu'il en a donnée sur plus de 50 cas personnels.

On peut les diviser en gommes sous-cutanées du fourreau, les seules qui nous intéressent directement, et en gommes du gland.

Les gommes sous-cutanées du fourreau sont assez rares, exceptionellement multiples.

Elles se présentent sous la forme de tumeurs de volume médiocre, ordinairement dures et indépendantes des téguments.

Plus tard, elles se ramolissent, s'abcèdent, et se transforment en ulcérations plus ou moins étendues.

Mais ces lésions ne s'accompagnent qu'exceptionnellement, on peut même dire jamais, de retentissement ganglionnaire ou d'inflammation lymphatique.

Toutes ces manifestations de la syphilis ont un caractère commun : c'est leur évolution torpide et indolore et leur sensibilité au traitement spécifique. Elles guérissent en effet avec la plus grande facilité après quelques injections intramusculaires de sels solubles de mercure, ou mieux après une ou plusieurs injections intra-veineuses de novarsénobenzol de 15 à 30 centigrammes.

Epithélioma

L'*épithélioma du pénis,* quand il siège à la peau se présente, d'après Demarquay, « sous la forme d'une petite « excroissance qui marque le début de la maladie ; puis,

« après un temps plus ou moins long, la peau s'ulcère à ce « niveau, et on constate une ulcération superficielle, à « bords durs, irréguliers et épaissis, qui acquiert une « étendue plus ou moins considérable. Le fond de l'ulcère « est grisâtre, fongueux et inégal, sécrète une humeur « sanieuse et saigne très facilement. La peau présente une « notable dûreté, et une adhérence considérable avec les « tissus sous-jacents. Sa trame est composée d'un tissu très « dur, très dense où l'on aperçoit des mailles fibreuses avec « de petites lacunes. Aux environs de l'ulcération, on « trouve les veines sous-cutanées plus ou moins variqueu- « ses ; la peau est tendue, rouge et livide, par suite de la « congestion violente des vaisseaux ».

La propagation aux ganglions lymphatiques et aux viscères voisins est presque fatale.

L'engorgement des ganglions inguinaux et leur ulcération est la règle.

Dans les deux régions inguinales, quelquefois dans une seule, il est généralement facile de découvrir une augmentation de volume des ganglions.

Plus durs et plus volumineux qu'à l'état normal, ils peuvent conserver jusqu'à la fin cette consistance et cette indépendance. Mais, beaucoup plus fréquemment, ils s'accolent les uns aux autres, s'enflamment et se ramolissent.

Si on les ouvre ou qu'ils s'ouvrent spontanément, ils se transforment en une ulcération fongueuse, saignante, qui finit par présenter les caractères de la lésion primitive.

Mycoses

Les lésions parasitaires de la verge sont rares : on connaît en effet peu d'observations de *trichophyties* ou de lésions *sporotrichosiques* de cet organe.

Cependant, nous avons eu l'occasion de voir au ...e régiment d'artillerie de campagne, en septembre 1918, un conducteur atteint de gommes sporotrichosiques ulcérées de la verge, avec lymphangite et adénopathie.

Nous regrettons bien de n'en avoir pas conservé l'observation ; malheureusement, les nécessités de l'évacuation immédiate pendant les opérations militaires nous en ont empêché.

C'étaient des lésions arrondies, un peu creusées, de couleur rouge brun, à base peu indurée, indolores, jusqu'au moment où une infection secondaire vint créer une lymphangite et de l'adénopathie.

La présence d'autres lésions analogues d'aspect sur le reste du corps et les commémoratifs nous permirent de faire le diagnostic, qui fut confirmé (nous le sûmes plus tard) par l'examen bactériologique.

Après huit jours de traitement ioduré, tout était très amélioré et après un mois de traitement, le malade était définitivement guéri et rentrait au corps.

Certaines personnes soignant des chevaux ou d'autres animaux peuvent être atteints de trichophyties de la verge. Ces lésions assez étendues, circinées, et ayant une certaine tendance à devenir végétantes et à suppurer, sont dues au trichosporum gybseum, et sont d'origine équine.

La *gale infectée* peut aussi provoquer des lymphangites de la verge.

Ulcérations tuberculeuses

On peut aussi rencontrer des lésions ulcéreuses du fourreau, d'*origine tuberculeuse*. Ces lésions sont torpides, indolores, évoluent pendant de longs mois et s'accompagnent de retentissement ganglionnaire. Un examen attentif du malade permettra presque toujours d'en dépister la cause.

Gangrène foudroyante

Il est une variété, rare heureusement, de la lymphangite de la verge, appelée *lymphangite gangréneuse,* et dénommée gangrène foudroyante de la verge par Fournier(*).

Si la gangrène est rarement observée au cours des lymphangites péniennes, il n'est cependant pas absolument exceptionnel de voir cette complication se produire.

Chez un homme qui, à l'occasion d'une écorchure ou d'une simple balanite, présentait une traînée angiolencitique, survient rapidement et sans cause apparente une tuméfaction considérable du fourreau de la verge, et des plaques de gangrène se montrent en divers points. En même temps, l'état général du malade est profondément affecté.

Pour Jalaguier, pour qu'une lymphangite de la verge dégénère en gangrène de l'organe, il faut que le malade présente une tare organique quelconque.

Phlébite

Il ne faut pas confondre, également, la lymphangite des réseaux lymphatique de la verge avec l'*inflammation des*

(*) *Semaine médicale,* 1883.

veines dorsales. Il faut se rappeler que les troncs lymphatiques ont un très petit diamètre par rapport à la veine.

Celle-ci s'enfonce au-devant du pubis, tandis que les vaisseaux lymphatiques suivent généralement les deux faces latérales du pénis pour aller se jeter dans les ganglions du groupe supéro-interne de la région inguinale.

Si donc le cordon est volumineux, s'il siège sur la ligne médiane du dos de la verge et s'il s'enfonce au-devant du pubis, on peut dire que c'est une phlébite de la veine dorsale.

Furoncle

Le *furoncle* des enveloppes de la verge est une affection assez rare. On dirait en effet que la peau de cet organe est relativement immunisée contre l'infection staphytococcique cutanée. Il est vrai que cette région est glabre et par conséquent peu riche en glandes survoripares et sébacées, refuge habituel de stophylocoque et des saprophytes de la peau.

Le furoncle, accompagné ou non de lymphangite, se reconnaît facilement à sa forme acuminée, son ouverture cratériforme, à l'expulsion de pus jaune verdâtre et du bourbillion et aux douleurs parfois intenses qui l'accompagnent.

Herpès

Beaucoup plus fréquent est l'*herpès* de la verge, appelé encore herpès récidivant.

Il siège le plus souvent sur le gland ou la partie muqueuse du prépuce, plus rarement sur la peau.

Il est caractérisé par l'apparition presque périodique de petites vésicules qui, d'abord remplies d'un liquide clair, ne tardent pas au bout de 24 à 48 heures, à tourner à la vésico-pustule remplie de pus.

La réaction de la peau est rapide et souvent intense : la lymphangite et l'œdème, ainsi que l'adénite sont excessivement fréquents. Tout se termine au bout de 6 à 7 jours.

Érysipèle

L'*Erysipèle* de la verge est également assez rare.

Il est, ou bien primitif, ou plus souvent consécutif à une lésion du même ordre siégeant au voisinage, à la face interne des cuisses ou à la région pubienne.

Il s'accompagne presque toujours de lymphangite et d'adénite.

Son bourrelet caractéristique, les douleurs qu'il provoque et l'état général le feront aisément reconnaître.

Enfin l'etchtyma, l'impetigo, la variole, etc. sont autant de causes qui peuvent provoquer localement, au niveau de la verge, de la lymphangite et de l'adéno-phlegmon.

Il sera toujours aisé de les reconnaître par la forme spéciale des lésions et la présence de lésions analogues sur le reste du corps.

Comme causes générales pouvant prédisposer aux complications lymphangitiques, nous pouvons citer principalement l'*alcoolisme* et surtout le *diabète*.

Chacun connaît la fréquence des accidents cutanés, surtout au niveau du gland et du prépuce, au cours de cette maladie : herpès, furoncle, anthrax, œdème, banalite, etc.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement de la lymphangite ou du phlegmon de la verge ne diffère en rien de celui des inflammations en général. Il consiste à mettre le malade au repos, au lit autant que possible, au régime lacté ou lacto-végétarien, à faire des applications de pansements humides chauds souvent répétés, ou, si on veut aller vite, à faire deux ou trois fois par jour, une heure de pulvérisation avec de la solution phéniquée faible, ou de l'eau oxygénée.

Dans les cas rares, où l'adénite a tendance à s'ouvrir, il faut inciser assez largement au bistouri ou au thermocautère pour favoriser la cicatrisation rapide.

Vu :
Nancy, le 11 Juillet 1919.
Le Président de la thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 11 Juillet 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 11 Juillet 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM.
Membre de l'Institut.